

Mehr als „nur Einbildung“



Viele Betroffene einer Somatoformen Störung müssen eine Reihe diagnostischer Maßnahmen über sich ergehen lassen, bis die Ursache für ihre Beschwerde festgestellt wird. Foto: istockphoto.com/Johnny Greig

Die unterschätzte Schwere psychosomatischer Erkrankungen

Gereon Heuft

Die Somatoformen Störungen, also „körperliche Symptome, die aussehen wie Körperkrankheiten“, sind für betroffene Patienten eine enorme Herausforderung. Sie erleben sich als körperlich krank, doch ihre Symptome stehen in Wechselwirkung mit psychischen Faktoren oder werden sogar durch diese hervorgerufen. Entsprechend sind solche Krankheitsbilder auch für die behandelnden ÄrztInnen eine Herausforderung, da sie oft über lange Zeit nicht richtig erkannt werden – sowohl mit verheerenden Auswirkungen für die Betroffenen als auch in Hinblick auf die Gesundheitskosten.

Vor sechs Monaten „funktionierte“ plötzlich morgens nach dem Aufwachen der rechte Arm nicht mehr. Der 35-jährige Patient, beschäftigt auf einer mittleren Führungsebene, suchte am gleichen Morgen zunächst seinen Hausarzt auf, der bei einer ersten allgemeinärztlichen und ori-

entierenden neurologischen Untersuchung keine Ursache für die Symptomatik finden konnte. Verständlicherweise überwies er den Patienten „als Notfall“ noch am gleichen Tag zu einem in der Nachbarschaft niedergelassenen Facharzt für Neurologie. Da dieser mit seinen ambulanten Untersuchungsmethoden auch keine organische Störung finden konnte, die Symptomatik jedoch weiter anhielt, überwies er den ratlos und sich seiner Symptomatik ausgeliefert fühlenden Patienten zur weiteren spezialärztlichen neurologischen Diagnostik in das nächstgelegene Universitätsklinikum.

Innerhalb von drei Tagen wurde unter Einschluss von Messungen der Nervenleitungsbahnen, von bildgebenden Verfahren und Laboruntersuchungen inklusive einer Rückenmarks-Punktion eine organische Ursache für die Symptomatik mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit ausgeschlossen und der Patient entlassen. Mit

einer unveränderten Lähmung fand er sich nun erneut bei seinem Hausarzt wieder, innerlich überzeugt davon, es müsse doch eine organische Ursache für seine Behinderung geben. Allerdings seien die Ärzte bis jetzt noch nicht in der Lage gewesen, die richtige körperliche Ursache zu finden. Daher wolle er jetzt die nächste neurologische Klinik zur stationären Diagnostik aufsuchen.

Etwa drei Millionen Betroffene

Wie diesem Patient, der unter einer Dissoziativen Störung litt, die bei guter Prognose psychosomatisch-psychotherapeutisch behandelt werden kann, ergeht es täglich Tausenden Betroffenen in Deutschland. Die Symptome können sich auch als Übelkeit oder chronische Bauchschmerzen, Durchfälle, Schmerzen im Bewegungsapparat oder in anderen Körperregionen melden, können mit der permanenten Angst vor einem Herzinfarkt bei entsprechend empfundenen Symptomen einhergehen und führen nicht selten zu anhaltenden Perioden von Arbeitsunfähigkeit.

Nach einer bevölkerungsbasierten Studie (Jacobi et al. 2014) leiden 3,5 Prozent der Bevölkerung an einer solchen Somatoformen Störung, also etwa drei Millionen Erwachsene in Deutschland. Und nach einer Interview-Studie von De Waal et al. (2004) sind von den Patienten in der Allgemeinmedizin 16,1 Prozent nach den Kriterien des Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV) an einer Somatoformen Störung mit mindestens leichter klinischer Beeinträchtigung

erkrankt, 5,5 Prozent an einer Angststörung und 4,1 Prozent an einer depressiven Störung. Somit gehören die Somatoformen Störungen zu den häufigsten psychischen Erkrankungen überhaupt.

Nach Daten des Statistischen Bundesamtes von 2008 betragen die direkten Krankheitskosten bei dieser Störungsgruppe 753 Millionen Euro bei 42.000 verlorenen Erwerbsjahren pro Jahr. Nicht nur die unmittelbaren Kosten in der ambulanten und stationären Krankenversorgung sind eine gesundheitsökonomische Herausforderung: Patienten mit psychosomatischen Störungen tragen das höchste Berentungsrisiko in absoluten Zahlen bezogen auf alle psychischen Störungen.

Verzögerte Diagnosestellung

Nach Angaben der beiden Kassenärztlichen Vereinigungen in Nordrhein-Westfalen wurden im vierten Quartal 2014 insgesamt 1,4 Millionen Patienten mit der Diagnose „Somatoforme Störung“ im ambulanten Bereich (ohne Doppelzählung bei verschiedenen Ärzten) diagnostiziert. Auffälligerweise finden sich unter den stationären Behandlungsfällen jedoch nur 8.850 Patienten mit Somatoformen Störungen im gesamten (!) Jahr 2014.

Da aus der klinischen Praxis bekannt ist, dass Patienten mit Somatoformen Störungen häufig auch stationäre Abklärungen erfordern (z. B. bei dissoziativen Lähmungen in der Neurologie, bei schweren Magen-Darm-Störungen in der Gastroenterologie, bei Symptomen einer Herz-Angst-Neurose in der Kardiologie etc.) und

diese auch in den Notfallambulanzen der Kliniken erbitten, stellt sich die Frage, ob Patienten mit der Hauptdiagnose einer Somatisierungsstörung wesentlich häufiger stationäre Krankenhausbehandlungen auslösen, als in der genannten Statistik dokumentiert werden. Ängste vor einer Fehl-

„Somatoforme Störungen gehören zu den häufigsten psychischen Erkrankungen überhaupt.“

belegungsprüfung durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) könnten dazu beitragen, dass die Patienten unter somatischen Pseudodiagnosen (etwa: „zum Ausschluss eines Herzinfarktes“) entlassen werden. Mit dieser Verschleppung einer qualifizierten Differenzialdiagnostik verlängert sich die Zeit bis zur adäquaten Diagnosestellung bei Patienten, die in Krankenhäusern untersucht werden, verschiedenen Studien zufolge bis zu sieben Jahren.

Eine solche verzögerte Feststellung somatoformer Leiden verursacht weitere ambulante und/oder stationäre diagnostische Maßnahmen. Denn die betroffenen Patienten erfahren unter diesen Umständen eine subjektive Bestätigung, dass sie doch irgendeine somatische Krankheit haben müssten. Aber die wahre körperli-

- MA** Psychologie
- MA** Organisational Studies
- MA** Integrierte Versorgung/Psychosen
- MA** Psychoanalytische Kulturwissenschaften
- PSAID** Promotionsbegleitprogramm
- BA** Psychologie^{PLUS*}

*Bei Erfolg ist das anschließende Masterstudium gesichert.

Ich studiere Es!



che Ursache ihrer Beschwerden sei eben noch nicht gefunden. Das „Doktor-Hopping“ bei Somatisierungsstörungen ist vielfach in der wissenschaftlichen Literatur beschrieben worden.

Es ist für eine optimale Versorgung dieser großen Patientengruppe daher von zentraler Bedeutung, dass somatoforme Störungen über eine enge Verzahnung der somatischen Kliniken mit den Fachabteilungen für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie frühzeitig identifiziert werden. Bei einer frühen Diagnosestellung bestehen Behandlungsoptionen mit einer guten Prognose. Psychosomatische Institutsambulanzen (PsIA) können hierbei einen wertvollen Beitrag leisten, weil sie bei den zu Recht kurzen stationären Verweildauern in der somatischen Medizin den konsiliarisch gesehenen Patienten anbieten können, sich in weiteren Kontakten mit der PsIA einem psychosomatischen Behandlungskonzept anzunähern.

Betroffene sind keine „eingebildeten Kranken“

Auch die Schwere der Somatoformen Störungen wird oft unterschätzt, da diese Patientengruppe „systemkonform“ chronifiziert, in der Öffentlichkeit weniger „auffällt“ und keine Lobby hat. Die Chronifizierung beginnt zunächst unmerklich unter dem Label einer vermeintlichen körperlichen Erklärung im somatischen Medizinbetrieb, wobei die Betroffenen als „somatisch krank“ einen anerkannten Status haben. Wird die somatoforme Störung tatsächlich thematisiert, heißt es schnell, es handele sich ja nur um „eingebildete Krankheiten“ bei Menschen, die gar nicht richtig „krank“ seien. Daher wenden sich die Betroffenen oft paramedizinischen Angeboten zu und sind in ihrem Leid bereit, erhebliche finanzielle Mittel für unwirksame Maßnahmen wie sogenannte Ausleitungstherapien oder Ähnliches einzusetzen.

Da es sich bei Erkrankungsbeginn außerdem oft um junge Erwachsene mit Fa-

milien handelt, sind häufig belastende sozialmedizinische Begleitfaktoren (Langzeit-Arbeitsunfähigkeit, Aussteuerung aus der Krankenversicherung, Verlust des Arbeitsplatzes sowie des beruflichen und sozialen Umfeldes) zu bewältigen, welche die gesamten Familien und insbesondere auch die Kinder der Patienten in Mitleidenschaft ziehen. Außerdem weisen 23,9 Prozent dieser Patienten nach einer Studie von Wiborg et al. von 2013 in den letzten sechs Monaten aktive Suizidvorsätze und 17,6 Prozent frühere Suizidversuche in der Anamnese auf.

Behandlungssettings in Deutschland

Im eigenständigen medizinischen Fachgebiet „Psychosomatische Medizin und Psychotherapie“ stellen vor allem Fachabteilungen an Allgemeinkrankenhäusern und Universitätskliniken neben einigen großen Fachkrankenhäusern die psychosomatisch-psychotherapeutische Krankenhausbehandlung sicher. Sie stellen dafür etwa 36 Betten bereit, davon neun bis 18 in Tageskliniken. Die Behandlungssettings psychosomatisch-psychotherapeutischer Krankenhausabteilungen umfassen psychogene Essstörungen, somatoforme (Schmerz-)Störungen, Dissoziative Störungen sowie Trauma-Folgestörungen. Für die flächendeckende Versorgung zentral ist darüber hinaus der von diesen Abteilungen bereitgestellte Konsiliardienst mit Schwerpunkten im Bereich der Psychoonkologie (für die Zertifizierungen der Krebszentren unerlässlich), Transplantationsevaluation, Psychokardiologie, Schmerzstörungen, Psychotraumatologie (Unfallchirurgie) sowie die Teilnahme am palliativmedizinischen Team.

Um Patienten mit unterschiedlichen psychischen Erkrankungen und Therapienotwendigkeiten auch passgenau dort behandeln zu können, wo es für sie am sinnvollsten ist, haben sich Kooperationen mit den Fachgebieten Erwachsenen- sowie Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie bewährt. Die Nähe der

Psychosomatik-Psychotherapie zur somatischen Medizin konkretisiert sich mancherorts auch dadurch, dass sie Teil eines Zentrums für Innere Medizin sind.

In der ärztlichen Weiterbildungsordnung liegt der Schwerpunkt für die Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie auf einer umfassenden Psychotherapie-Weiterbildung, die 1.500 Behandlungsstunden unter Supervision (vs. 240 Stunden bei einem Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie) umfasst.

Nutzen für Patienten und Kostenträger

Für die adäquate Versorgung der Bevölkerung kommt dem Fachgebiet „Psychosomatische Medizin und Psychotherapie“ eine wesentliche Bedeutung zu, da es als universitäres Fach schon die Studierenden in patientenzentrierter Gesprächsführung unterrichtet, die Hausärzte in Psychosomatischer Grundversorgung fortbildet, die somatischen Fachärzte in fachspezifischer Psychotherapie qualifiziert und selbst einen wesentlichen Teil der ambulanten und stationären Behandlung übernimmt. Diese vier Stufen ärztlicher Psychotherapie (Heuft et al. 2014) dienen den Patienten und den Kostenträgern, eine „fragmentierte Medizin“ zu überwinden, bei der die somatisch-technische Medizin im besten Fall „neben“ der psychosomatischen Medizin arbeitet, im für den Patienten schlimmsten Fall den psychischen Aspekt der Krankheit vollständig ignoriert. ■

Was lässt Ihr Herz höher schlagen?

„Ein anregendes Gespräch ...“



Univ.-Prof. Dr. med. Gereon Heuft

geb. 1954, ist Direktor der Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie am Universitätsklinikum Münster
heuftge@ukmuenster.de

Literatur

- De Wal, M./Arnold, I./Eekhof, J./Van Hemert, A. (2004): Somatoform Disorders in General Practice. Prevalence, functional impairment and comorbidity with anxiety and depressive disorders. *British J Psychiat* 184: 470–476.
- Heuft, G./Freyberger, H./Scheper, R. (2014): Ärztliche Psychotherapie – Vier-Ebenen-Modell einer Personalisierten Medizin. Epidemiologische Bedeutung, Historische Perspek-

- tive und zukunftsfähige Modelle aus Sicht von Patienten und Ärzten. Schattauer, Stuttgart.
- Jacobi, F./Höfler, M./Siegert, J. et al. (2014): Twelve-month prevalence, comorbidity and correlates of mental disorders in Germany: the Mental Health Module of the German Health Interview and Examination Survey for Adults (DEGS1-MH). *Internat J Methods in Psychiatr Res* 23: 304–319.

- S3-Leitlinie „Umgang mit Patienten mit nicht-spezifischen, funktionellen und somatoformen Körperbeschwerden“ (AWMF-Reg.-Nr. 051-001): www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/051-001.html
- Wiborg, J./Gieseler, D./Fabisch, A. et al. (2013): Suicidality in Primary Care Patients with Somatoform Disorders. *Psychosomatic Medicine* 75: 800–806.